

## СТРУКТУРА УСКЛАДНЕНОГО ПЕРЕБІГУ Q-ІНФАРКТУ МІОКАРДА У ХВОРИХ, ЩО ОТРИМУВАЛИ ГОСПІТАЛЬНИЙ ТРОМБОЛІЗИС

Лаба В.В., Желєзний В.П.\*

СумДУ, кафедра внутрішньої медицини післядипломної освіти з курсом пропедевтики,

\*Міська клінічна лікарня № 1, м. Суми

Тромболітична терапія (ТТ) є сучасним високоефективним методом лікування інфаркту міокарда (ІМ) з елевацією сегмента ST. Вона відчутно покращує систолічну функцію лівого шлуночка (ЛШ) і підвищує виживання пацієнтів з Q-ІМ і блокадою гілок пучка Гіса. Необхідно відмітити, що ТТ має деякі суттєві обмеження, які включають протипоказання до неї у певної групи пацієнтів, до 15% описано відсутність лізису тромба у тих хто отримував лікування. Крім цього до 25% хворих, які отримували ТТ, через 3 місяці після ІМ наступала реоклюзія інфаркт зумовленої артерії з розвитком повторного ІМ. Ці обмеження практично не спостерігаються при проведенні первинного черезшкірного коронарного втручання, однак цей метод ще не є реальним в нашому сьогоденні місцевого рівня.

**Метою дослідження** було вивчення структури ускладненого перебігу Q-ІМ, на фоні госпітального тромболізу, ефективність проведених терапевтичних заходів, кінцеві виходи по завершенню стаціонарного етапу, їх співставлення з хворими, що не отримували ТТ.

**Матеріали і методи дослідження.** Проведено ретроспективне вивчення 30 історій хвороб пацієнтів з Q-ІМ, що перебували в міському проти інфарктному центрі комунальної установи «Міська клінічна лікарня № 1» в 2010р. **Результати дослідження та їх обговорення.** Всього проаналізовано 30 хворих стаціонарного перебування з Q-ІМ, які отримували стандартну програму діагностики і лікування з застосуванням госпітальної ТТ препаратом «Фармакіназа» фірми «Фармак» (Київ). Передня локалізація ІМ була у 16 (53,3%) хворих, задня – у 14 (46,7%). Чоловіків було 23 (76,6%), переважно вікової групи 50-69р – 66,6%; жінок – 7 (23,4%), здебільшого 60-79р., 16,6% від усіх хворих. Основними клінічними синдромами були: больовий – 28 (93,3%), аритмічний – 16 (53,3%), гострої серцевої недостатності (ГСН) – 8 (26,6%), гострого легеневого серця з розвитком немасивної тромбоемболії легеневої артерії (ТЕЛА) – у 2 (6,6%). По 3 (10%) хворих мали ранню постінфарктну стенокардію і гостру аневризму передньої і задньої стінок лівого шлуночка. Шлуночкова екстрасистолія (ШЕ) за Лауном (I-II, III класи) була у 3 (10%), пароксизм фібриляції передсердь (ФП) – у 2 (6,6%), а надшлуночкова тахікардія (НШТ), синусові тахікардія, брадикардія, надшлуночкова екстрасистолія (НШЕ), AV-блокада I ст. і AV-дисоціація реєструвались відповідно по 1 (3,3%) випадку. Слід відмітити, що у 2 (6,6%) пацієнтів була раптова коронарна смерть з ефективною реанімацією, зумовлена фібриляцією шлуночків. Всі хворі виписані із стаціонару. Порівнюючи летальність по відділенню за рік, то вона серед хворих з ІМ склала 9,1%, а в тих, що отримували ТТ – 4,6% (від 75 тромболізісів).

### Висновки.

1. ТТ є сучасною ефективною технологією лікування хворих з Q-ІМ, що є перевагою перед консервативними методами.

2. ТТ не є засобом, що повністю запобігає ускладненням, але помітно пом'якшує їх перебіг. 3. До основних ускладнень ІМ відносяться такі синдроми: больовий, аритмічний і ГСН, які відповідно склали – 93,3%, 60%, і 33,2%.